

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный университет
им. проф. В.Ф. Войно - Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
им. проф.В.И.Прохоренкова

Зав. Кафедрой:

д.м.н., проф.
Карачева Ю.В.

Реферат

Псориаз. Принципы терапии

Выполнила:
Ординатор 1 года обучения
Федоренко К.Н.

Проверила:
д.м.н., проф. Карачева Ю. В.

Рецензия

Актуальность заявленной темы реферата в дерматовенерологии очевидна. Подобную обоснованность выбора темы автор реферата дала в вводной части. Ординатор раскрыла суть изучаемой проблемы, поставила цель, обратив внимание на предпосылки изучаемой темы. Приведены различные точки зрения в этиологии и патогенезе. Подробно рассмотрена проблема изучения данной темы в медицине.

Четко соблюдены требования к оформлению реферата: титульный лист, план-оглавление со страницами, введение, основная часть, заключение, списки литературы, источников, ссылки в соответствии со стандартами.

Содержание изложенного материала логично и грамотно.

Рекомендуемая оценка реферата 5 (отлично).

Проверил: д.м.н. профессор Карачева Ю. В.

Подпись:



Оглавление

Этиология и патогенез	стр.3
Клиника.....	стр.3
Диагностика.....	стр.6
Лечение.....	стр.6

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСОРИАЗА

Псориазные эфлоресценции на коже часто характеризуются как мономорфные в связи с тем, что признанным первичным элементом является папула. Вместе с тем при псориазной эритродермии можно видеть первичным элементом эритему, а у больных пустулезным псориазом - пустулу. Кроме того, описана пятнистая разновидность псориаза. Поэтому диагностика псориаза представляет затруднения, требует диагностической биопсии.

В течении псориаза выделяют три стадии :

- прогрессирующую
- стационарную
- регрессирующую

В стадии прогрессирования болезни цвет папул более яркий, они отечны, напряженные. Вокруг папул определяется четкий пятнистый эритематозно-отечный бордюр (периферический розовый венчик роста). Многие папулы находятся в состоянии слияния, объединяясь в крупные участки папулезной инфильтрации или бляшки различных очертаний. Для прогрессирующей стадии псориаза характерен положительный фермент Кобнера. Он проявляется образованием папулезных элементов на местах трения, давления. Обычно в этих случаях папулы располагаются линейно, повторяя своей локализацией место раздражения. Объясняется феномен Кобнера наличием столь резко выраженного гиперергического состояния, при котором даже видимо здоровая кожа находится в состоянии готовности к воспалительной реакции. Малейшее, даже физиологически нормальное напряжение или давление (например, область пояса или места прилегания лямок бюстгалтера, иногда на месте царапины или расчесов) сопровождается образованием папулезной сыпи. В стационарной стадии периферический рост высыпных элементов прекращается, папулы уплощаются, бледнеют. Возможно образование кольцевидных очагов вследствие интенсивного разрешения инфильтрата в центре. Иногда папулы и участки папулезной инфильтрации разрешаются не с центра, а с периферии. Тогда папулезные элементы как бы подтаивают с краев и утрачивают правильно округлую форму. Период регресса характеризуется полным исчезновением папулезной инфильтрации на значительной поверхности тела с образованием на месте бывших высыпаний очагов гиперпигментации или участков вторичной "ложной" лейкодермы. Вокруг регрессирующих псориазных элементов часто виден бледный, как бы складчатый бордюр - псевдоатрофический ободок Д. Л. Воронова - симптом активного разрешения процесса.

Классификация

Помимо типичной, классической формы псориаза различают атипичные разновидности:

1) экссудативный; 2) пятнистый; 3) себорейный; 4) застарелый; 5) бородавчатый; 6) раздраженный; 7) интертригинозный.

Экссудативный псориаз (psor. exudativa). Эта разновидность нередко наблюдается у лиц с избыточной массой тела, с наличием диабета или при сниженной функции щитовидной железы (stat. mixedemeticus). Процесс проявляется очагами острого отечного воспаления с не резко выраженной, а иногда и отсутствующей инфильтрацией, с нечеткими, неправильными очертаниями, с обильным наслоением нехарактерных для псориаза серозных или серозно-гнойных корок и корко-чешуй. Довольно часто у больных с экссудативными проявлениями псориаза бывают мокнутие, интенсивный зуд, что затрудняет диагностику. Локализация экссудативного псориаза отличается своеобразием: более часто очаги располагаются на нижних конечностях или в крупных кожных складках.

Пятнистый псориаз (psor. exanthematica). Эта форма отличается наличием эритематозных пятен, иногда со слабо выраженной инфильтрацией, а иногда и без нее, но с обильным характерным шелушением и наличием патогномичной псориазной триады.

Следует отметить, что пятнистые формы дерматоза наблюдаются в основном у молодых женщин, поэтому его именуют «женским» псориазом.

Себорейный псориаз (psor. seborrheica). Этот вид наиболее труден для диагностики, так как включает в клиническую симптоматику особенности клиники себорейной экземы и проявления себорейного статуса у больных. Как правило, на себорейных участках (волосистая часть головы, носогубные и нососщечные складки, за ушными раковинами, на груди и в межлопаточной области) обнаруживаются эритематозно-папулезные элементы с обильным крупнопластинчатым шелушением. Очаги на лице и груди чаще представлены пятнистыми высыпаниями с жирными серовато-желтыми чешуйками, имитирующими себорейную экзему. За ушными раковинами можно видеть участки инфильтрации насыщенно-розового или красного цвета также с обильным наслоением серозных или серозно-гнойных корок, с наличием трещин, мокнутия, симулирующих картину стрептодермии или себорейной экземы, осложненной пиодермией. Однако на волосистой части головы всегда обнаруживаются папулезные инфильтративные элементы, а на коже лба по границе с волосами у больных псориазом, как правило, бывают папулы с характерным шелушением. Они или единичные, отдельно расположенные, или переходят с волосистой части головы на кожу лба в виде короны («псориатическая корона»).

Интертригинозный псориаз. (psor. intertriginosa). Расположение псориатических элементов в крупных складках кожи является атипичной локализацией и свойственно неопытным больным, страдающим диабетом, ожирением, вегетососудистой дистонией. При такой форме псориаза в подмышечных впадинах, межъягодичной, паховых и межпальцевых складках, под молочными железами возникают отечные, эритематозно - папулезные очаги, часто мокнущие, эрозивные с отслойкой рогового слоя по периферии. Интертригинозный псориаз может напоминать кандидоз, рубромикоз, эпидермофитию. В отличие от псориаза кандидоз и дерматомикозы крупных и мелких складок протекают острее, поверхность очагов поражения более яркая. По краю пораженных участков четко выражен бордюр из «подрытого» рогового слоя. По периферии, как правило, видны отсеки в виде пятнисто-везикулезных эфлоресценций.

Помимо атипичных клинических форм псориаза существуют тяжелые разновидности, требующие особого внимания в плане диагностики и лечения. К ним относятся псориатическая эритродермия, пустулезный псориаз, артропатический псориаз ногтей и псориаз слизистых оболочек.

Псориатическая эритродермия. Непосредственными факторами, способствующими формированию псориатической эритродермии, являются различные провоцирующие моменты. Нам приходилось наблюдать развитие эритродермии после ангины, нервно-психических, травматических воздействий, после нерационального применения УФО, солнечного облучения, приема антибиотиков, сульфаниламидных препаратов, метотрексата, пользования раздражающими мазями. В этих случаях отдельно расположенные эфлоресценции активизируются, приобретая отечность, яркую насыщенную эритематозную окраску, образуя множественные фигуры слияния, а местами – сплошные диффузные участки. Папулы и бляшки становятся неразличимыми. Кожа туловища и конечностей приобретает вид плотного напряженного панциря, застойно-бурый цвет, интенсивную инфильтрацию, обильно шелушится. Возможен и другой путь формирования псориатической эритродермии, так называемой спонтанной идиопатической псориатической эритродермии. Без предшествующего раздражения или действия явных стрессовых факторов бурно развивается диффузное застойное покраснение кожи туловища и конечностей со значительной отечностью, на-пряжением, обильным шелушением. Правильной диагностике помогает наличие отдельных типичных псориатических папул по периферии. В отличие от лимфом кожи эритродермического типа псориатическая эритродермия не сопровождается патологическими гематологическими симптомами, в гистологических препаратах отсутствуют клетки Сизари и скопления патологических лимфоцитарных элементов.

Псориаз ногтей.

Поражение ногтевых пластинок у больных псориазом всегда имеет место, но клинические изменения бывают выражены различно. Принято выделять две формы патологии ногтей: точечная и диффузная. При точечном поражении в ногтевых пластинках образуются точечные, с маковое зерно углубления различной глубины. Внешне ногтевые пластинки в этом случае напоминают поверхность наперстка, а псориаз называется наперстковидным. Диффузное изменение ногтевых пластинок имеет различную степень выраженности клинической патологии и отличается значительным полиморфизмом. Минимальные изменения, которые констатируются практически у любого больного псориазом, представлены легким помутнением поверхностной пластинки (*lamina exlepta*), сероватым оттенком окраски ногтевой пластинки и едва заметной продольной исчерченностью. При значительных изменениях ногтевых пластинок диффузного характера выделяют атрофическую форму, гипертрофическую и псориагическую онихию в виде подногтевых геморрагий.

Атрофическая ониходистрофия, или псориагический онихолизис, характеризуется истончением вещества ногтя без предшествующих воспалительных изменений. Ногтевая пластинка, постепенно истончаясь, отделяется от ногтевого ложа или, постепенно лизируясь, исчезает, вплоть до остатков ногтевой пластинки сероватого цвета у луночки. Истончение ногтевой пластинки и ее лизирование чаще начинается по свободному краю ногтя, но может происходить и по ее боковым участкам.

Клиническая разновидность ониходистрофии гипертрофического типа проявляется разнообразными изменениями как формы, цвета, так и консистенции. Наиболее часто происходит утолщение ногтевой пластинки с деформацией и изменением цвета от серовато-желтоватого до грязно-серого. Ногтевая пластинка теряет блеск, становится тусклой, неровной, бугристой. Деформация ногтевой пластинки начинается с проявления в области луночки борозд Бо. По мере вовлечения в процесс ногтевой пластинки и подногтевого ложа усиливается инфильтрация, ногтевая пластинка еще больше утолщается и деформируется. Ноготь становится плотным, напоминающим коготь хищной птицы. Этот процесс называется оникогрифозом и чаще развивается в области стоп. В других случаях ногтевая пластинка разрушается. Ноготь становится рыхлым, крошащимся, ломким и постепенно отторгается, оставляя лишь небольшие рыхлые роговые наслоения у луночки.

Псориагическая онихия по типу подногтевых геморрагий впервые описана А. М. Ариевичем (1964), который наблюдал два типа геморрагий. Геморрагические пятна первого типа, просвечивающие через ногтевую пластинку, могут быть в области луночки. Они образуются за счет расширенных капилляров сосочков ногтевого ложа и исчезают при надавливании. Второй тип подногтевых геморрагий характеризуется точечными или полосовидными кровоизлияниями, приобретающими геморрагическую желтовато-бурую или черную окраску. Иногда тонкие стреловидные полосы в дистальной части ногтевой пластинки производят впечатление заноз. Все поражения ногтевых пластинок сопровождаются отеком, инфильтрацией, застойно-гиперемизованным поражением околоногтевого валика (*paronychial psoriatica*). Задняя ногтевая кожа инфильтрирована, с обильным характерным шелушением, которое отсутствует при онихомикозах и кандидозе. Псориагическая паронихия нередко сопровождается серозным, иногда гнойным отделяемым из-под заднего ногтевого валика, что также является важнейшим дифференциально-диагностическим признаком, позволяющим отличить псориаз от кандидоза и микотического поражения.

Пустулезный псориаз (*psor. pustulosa*). Заболевание проявляется гнойными элементами поверхностного характера типа стрептостафилококкового импетиго. Выделяют первичный, или идиопатический, пустулезный псориаз, протекающий тяжело со злокачественным течением, и вторичный доброкачественный. Для идиопатической разновидности пустулезного псориаза характерно наличие первичных гнойных элементов, располагающихся на инфильтративном основании с интенсивным шелушением и основными патогенетическими феноменами, свойственными для псориаза. При доброкачественной форме пустулы обычно появляются на бляшках вульгарного псориаза или гнойные эфлоресценции заменяют ранее появившиеся папулы. Подобный вариант течения обычно именуют псориазом с пустулизацией.

Это упорно текущий тип псориаза, часто заканчивающийся инвалидизацией или летально. Пустулезные формы псориаза встречаются редко. Основными факторами возникновения пустулезной формы псориаза бывают: применение метотрексата, лечение кортикостероидными гормонами, злоупотребление алкоголем.

Артропатический псориаз (псориатический артрит) (psor. arthropatica). Несмотря на значительный прогресс в изучении псориаза, самой тяжелой формой и менее управляемой в плане лечения у больных псориазом является артропатическая. По прочно установившейся традиции, псориаз все еще относится к кожным болезням, хотя установлена системность этого процесса и способность псориаза поражать не только кожу, но и внутренние органы, нервную систему и суставы.

Псориатический артрит характеризуется как системный процесс, при котором максимально выраженные изменения проявляются в структуре соединительной ткани. Псориатическая артропатия может протекать доброкачественно по типу моно- или олигоартрита либо в виде полиартрита, а у части больных приобретает характер тяжелого деструктивного полиартрита. Псориатический артрит чаще возникает параллельно с кожными поражениями или несколько позже, а в некоторых случаях суставной синдром может предшествовать кожным эфлоресценциям. Поражение суставов обычно начинается в дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп. Постепенно в процесс вовлекаются средние и крупные сочленения, включая и позвоночник, с развитием анкилозирующего спондилоартрита. Разнообразие клинических вариантов псориатической артропатии и трудности ее диагностики способствовали созданию ряда классификаций, построенных преимущественно по клинко-анатомическим и рентгенологическим критериям.

Дифференциальный диагноз

Дифференцируют с красным плоским лишаем базируется на имеющейся у больных псориазом характерной розовой окраски сыпи с образованием точечного кровотечения при снятии беловато-серого налета или эксфолиативного эпителия. От лейкоплакии псориаз отличается отсутствием плотного инфильтрата, наличием чередования периодов регресса и рецидива высыпаний, а также обнаружением при легком поскабливании точечного кровотечения. Для дифференциальной диагностики имеет значение такой фактор, как синхронность появления и течения высыпаний на коже и слизистых оболочках.

ЛЕЧЕНИЕ

Препараты, применяемые для общей терапии. Для лечения псориатической болезни применяется так много различных препаратов, действующих на мультифакториальные патогенетические механизмы формирования дерматоза, что следует называть такие способы лечения направленной полипрагмазией.

Применяемые средства общего воздействия на организм, его внутреннюю среду (гомеостаз), нервно-эндокринные и иммунологические механизмы в каждом конкретном случае действуют патогенетически. Однако по результатам лечения не удастся сделать каких-либо заключений о причине, вызвавшей появление псориаза. Способы патогенетической терапии самые различные и поэтому прежде чем начать лечение больного тщательно обследуют. В обследование включается подробный анамнез, исследование общего состояния больного, его внутренних органов, нервно-эндокринной системы, изучение уровня активности гуморальных и клеточных факторов иммунитета, выявление очагов локальной инфекции. При назначении лечения учитывается стадия течения болезни, сезонность, клиническая разновидность дерматоза (диссеминированная, ограниченная, псориатическая эритродермия, псориатический артрит и т. д.). В процессе выбора фармакологических средств уточняют переносимость

лекарств, эффективность предыдущей терапии, длительность ремиссии и причину наступившего рецидива. Известно, что более благоприятный и быстрый результат терапевтических мероприятий наблюдается при непродолжительных, не осложненных, ограниченных разновидностях псориаза. Вместе с тем следует отметить, что в этот период и психологически больные склонны больше доверять врачу и не увлекаться самолечением, которое нередко противодействует назначениям врача.

Труднее и более торпидно протекают тяжелые разновидности дерматоза. Значительно медленнее наступает ремиссия при экссудативной пустулезной, эритродермической и артропатической формах псориаза. Своевременно начатое лечение, сочетающееся с рациональным режимом, с применением физио-, бальнео и курортотерапии гарантирует длительную клиническую ремиссию. Перед выбором того или иного способа лечения псориаза следует определить и систему режима быта больного. Если у больного процесс распространенный, прогрессирующий, то более целесообразно проводить лечение в стационарных условиях.

Общее лечение больных распространенным, прогрессирующим псориазом издавна рекомендовалось проводить препаратами кальция, обеспечивающими противовоспалительный, гипосенсибилизирующий эффект, уплотняющими клеточную мембрану, нормализующими активность аденилатциклазы и уменьшающими проницаемость капилляров дермы. Более эффективно парентеральное введение 10% раствора кальция глюконата внутримышечно или внутривенно по 10 мл через день – два по 10 – 15 инъекций на курс.

Широко используются и другие соли кальция – кальция хлорид, глицерофосфат, пантотенат, лактат, обладающие седативным, противовоспалительным, уплотняющим сосудистую стенку действием, а также уменьшающим выраженности вегетодистонии. Особенно показано применение солей кальция при экссудативном псориазе. Противопоказанием к их назначению является гиперкальциемия, гипертония, наличие тромбофлебита и симптомов гиперкоагуляции. Осложнений не наблюдается, если препараты назначают с учетом противопоказаний. Десенсибилизирующее, детоксинирующее и противовоспалительное действие широкого спектра свойственно также и натрию тиосульфату, который наиболее эффективно действует при внутривенном введении. Назначают его в виде 30% раствора по 5 – 7 – 10 мл через день в течение 20 – 30 дней. Возможно и пероральное применение по 1 – 2 г на прием в порошках, таблетках или в виде 10% раствора по 1 – 2 столовые ложки 3 – 4 раза в день.

К активным противовоспалительным гипосенсибилизирующим средствам относятся также салицилаты (натрия салицилат, кислота ацетилсалициловая), обладающие и кортизоноподобным действием, так как они имеют стимулирующее влияние на синтез кортикостероидных гормонов. Натрия салицилат применяют внутрь в таблетках по 0,5 – 1 г на прием 2 – 3 раза в день или в виде 5 – 10% раствора по 1 столовой ложке после еды. При приеме натрия салицилата возможны побочные явления: ослабление слуха, потливость, аллергические реакции. Во избежание диспепсических явлений его назначают только после еды. Противопоказаниями к применению натрия салицилата являются: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, желудочно-кишечные кровотечения, нарушения свертывающей системы крови.

Антигистаминные вещества не считаются основными препаратами; больным псориазом они назначаются только при наличии зуда или в тех случаях, когда псориаз протекает остро с гиперергическими симптомами. Наиболее часто используют димедрол, дипразин {пипольфен}, супрастин, диазолин, тавегил, фенкарол. Помимо гистаминолитического действия, названные средства устраняют повышенную сосудистую проницаемость, снижают воспалительный потенциал тканей при реакции антиген – антитело. Их гипосенсибилизирующее действие основано на нейтрализации гистамина, серотонина, брадикинина и ацетилхолина. Эти препараты, обладая способностью снижать возбуждение ЦНС, облегчают наступление сна.

Длительность применения антигистаминных средств ограничена, так как в действии антигистаминных лекарств существует три периода. В первом периоде проявляется выраженное антигистаминное действие, во втором – наступают явления привыкания, формирующиеся обычно через 1 – 1,5 мес. и характеризующиеся утратой терапевтического действия. В третьем периоде антигистаминный препарат сам становится аллергеном и может вызвать общие и местные аллергические реакции. Поэтому любое из этих средств используют короткими курсами по 7 – 10 – 15 дней, но не более 20 – 30 дней. При лечении хронического рецидивирующего псориаза препараты обязательно меняют. Более эффективно сочетанное применение антигистаминных средств с кальциевыми соединениями.

Антисеротониновым действием обладают также новокаин и аминазин, которые, являясь синергистами антигистаминных средств, улучшают их терапевтический эффект. В организме новокаин относительно быстро гидролизруется, образуя пара-аминобензойную кислоту и диэтиламиноэтанол, принимающие участие в синтезе фолиевой кислоты, обмен которой нарушен при псориазе. Новокаин вводят различными путями: внутрь, внутривенно, подкожно, внутримышечно и электрофоретически. Для перорального применения назначают 1 – 3%, раствор по 1 столовой ложке 3 раза в день после еды на протяжении 3 – 4 нед. Внутримышечно и подкожно новокаин применяют по различным схемам и в разных дозах. Чаще используют 2% раствор, вводимый по 1 – 2 мл ежедневно или через день в течение 1 – 1,5 мес. Затем следует перерыв 1 – 1,5 мес. и курс лечения повторяют. Внутривенные вливания 0,25% раствора новокаина производят ежедневно или через день, начиная с 2 мл и постепенно увеличивая дозу до 7 – 8 – 10 мл. Курс лечения составляет 10 – 15 – 20 вливаний. Для лучшей переносимости новокаина рекомендуется к нему добавлять в одном шприце 5 – 7 мл 25% раствора магния сульфата. Перед началом введения новокаина при всех способах его назначения следует обязательно определить переносимость препарата, ибо возможна повышенная чувствительность или даже непереносимость. Новокаин назначают при любой клинической форме и стадии псориаза, но особенно новокаин показан при прогрессирующем течении дерматоза.

Аминазин относится к препаратам антигистаминного действия, но обладающий к тому же гипотензивным, противовоспалительным и седативным действием. Он снижает проницаемость капилляров и уменьшает воспалительный потенциал при реакции антиген – антитело. Его применение в комплексном лечении псориаза используется дерматологами с хорошим эффектом. Применяется аминазин в виде 2,5% раствора по 1 мл в 3 мл 0,5% раствора новокаина 1 – 2 раза в день или перорально по 0,025 – 0,05 г 2 – 3 раза в день после еды в течение 1 – 2 нед. Применение аминазина противопоказано при заболеваниях печени, почек, выраженном атеросклерозе, тромбоэмболической болезни и при склонности к аллергическим заболеваниям. К осложнениям и побочным явлениям препарата относятся диспепсические нарушения, снижение аппетита, запоры, ортостатический колит. При длительном применении возможны лейкопения, агранулоцитоз, гепатит.

Широко распространено применение у больных псориазом седативных средств и транквилизаторов. Однако в практике убедиться в действенности и эффективности этих методов не представляется возможным. Кроме того, имея точные данные о наличии у больных псориазом глубоких, мультифакториальных метаболических дефектов за счет снижения энзиматических и обменных процессов, переедания, гиподинамии и эндокринной недостаточности, предлагается применять седативную терапию или транквилизаторы только временно и лишь при наличии выраженных невротических реакций и если новокаин, аминазин и антигистаминные препараты с седативным влиянием оказались недостаточно действенными. В этих случаях используют магния сульфат, который, помимо успокаивающего и гипотензивного действия, оказывает слабительный, желчегонный, тонизирующий эффект. Особенно показан магния сульфат больным псориазом с ожирением, нарушенной функцией печени, желчного пузыря, а также больным с гипертонией, атонией кишечника, сосудистой спазмофилией кожи. Вводится магния сульфат парентерально: внутримышечно или внутривенно в виде 25% раствора по 3 – 5 – 7 – 10 мл через день - два с учетом величины

артериального давления в течение 20 – 30 дней. У больных с ожирением, недостаточностью функции щитовидной железы наиболее целесообразно применять магния сульфат внутрь 10 – 20% раствор по столовой ложке 2 – 3 раза в день в течение 2 – 3 нед. Как успокаивающие, нормализующие и удлиняющие физиологический сон у больных псориазом целесообразно назначать сибазон, седуксен, реланиум, феназепам, нозепам, тазепам, мазепам – по 1 таблетке в дозе 0,005 г 1 – 2 раза в день. Положительный результат в лечении прогрессирующей стадии: псориаза отмечается при добавлении к комплексу противовоспалительных средств липотропных препаратов в сочетании с алкалоидами красавки и фенотропалом. К ним относятся беллатаминал, белласпон, беллоид. К неспецифическим противопсориазическим средствам, обладающим широким фармакотерапевтическим действием, относятся витамины, активно влияющие на метаболические функции. Известно, что жизненная потребность в витаминах обусловлена их участием в построении многих ферментов, что обеспечивает регуляцию метаболизма, адаптационно-трофических механизмов, иммунокорректирующее действие.

Широко применяются **кортикостероидные препараты** (гидрокортизон, преднизолон, триамцинолон, кенакорт и др.). Различные кортикостероидные препараты объединяет общность терапевтического действия. Наиболее выражены свойственные им противовоспалительное и иммуносупрессивное действие, антинеопластическое и гипосенсибилизирующее влияние. С внедрением в практику фторсодержащих кортикостероидных препаратов стало возможным более надежно и быстро подавлять воспалительную реакцию и добиваться регресса псориазической сыпи. Особенно хорошо зарекомендовали себя триамцинолон, полкортолон вследствие свойственного эпидермотропного действия. Эти препараты были более эффективны у больных генерализованным, диссеминированным псориазом в прогрессирующей стадии. При длительном существовании процесса, при наличии застарелых очагов или у больных эритродермией или артропатиями эффект более медленный, и с целью получения клинического выздоровления требуется увеличивать дозы. При снижении дозы или при отмене препаратов почти постоянно и быстро возникает обострение или рецидив болезни (синдром отмены). Для получения клинической ремиссии в этом случае требуются уже большие дозы, вызывающие осложнения и побочные явления. Кроме того, у больных, получавших гормоны, возникает резистентность к другим препаратам. В связи с этим применение кортикостероидных гормонов все более и более ограничивается. Их используют в комплексной терапии, в основном при тяжелых формах дерматоза типа псориазической эритродермии и артропатического псориаза. Из имеющегося в настоящее время арсенала гормональных препаратов наиболее часто применяют преднизолон и его дериваты – урбазон, метипред, а также триамцинолон, дексаметазон, полкортолон, кеналог как наиболее эффективные и положительно зарекомендовавшие себя.

Преднизолон и его аналоги – урбазон, метипред назначают внутрь, внутримышечно и внутривенно. При пероральном приеме препарат применяют осторожно, начиная с 16 мг в сутки. Длительность лечения зависит от характера течения заболевания, состояния больного и терапевтической эффективности препарата. Лечение прекращают постепенно, уменьшая дозу под контролем эффективности его действия. В острых случаях лечение проводят интенсивно, применяя внутримышечные и внутривенные (струйно или капельно) методы введения. Преднизолон по 1 – 2 мл (30 – 60 мг), урбазон – по 20 – 40 мг, метилпред вводят внутримышечно (пролонгированный препарат) по 1 – 3 мл (0,04 – 0,13 г) 1 раз в 1 – 4 нед.

Дексаметазон, или дексазон, является фторированным метилпреднизолоном, обладающим более активным противовоспалительным и антиаллергическим действием. По эффективности 0,5 мг дексаметазона соответствуют примерно 3,5 мг преднизолона, т. е. он в 7 раз активнее преднизолона. Внутрь дексаметазон назначают в 2 – 3 приема по 2 – 3 мг в сутки во время или после еды. Парентерально (внутривенно или внутримышечно) назначают в тяжелых случаях по 1 – 2 мл (0,004 – 0,008 препарата 1 раз в сутки).

В процессе лечения глюкокортикоидами возможны побочные эффекты и осложнения, особенно часто возникающие при длительном их назначении. Наряду с

противовоспалительным и антиаллергическим им свойственно иммунодепрессивное, цитостатическое действие. Одновременно они проявляют себя катаболическим механизмом метаболических реакций с выделением калия и кальция и задержкой натрия в тканях, что приводит к мышечной слабости, активизации инфекции, появлению отеков, ожирению по типу синдрома Иценко – Кушинга с наличием гипертензии. Глюкокортикоиды стимулируют повышенное образование глюкозы и способствуют формированию истинного сахарного диабета, приводят к развитию язвы желудка или кишечника, остеопороза (чаще в области позвоночника), повышению возбудимости ЦНС, из-за чего наблюдается бессонница, повышенная раздражительность, эйфория. Кортикостероидные гормоны противопоказаны больным сахарным диабетом, инфекционными заболеваниями, гипертензией, эпилепсией. Для профилактики катаболических осложнений кортикостероиды назначаются в комплексе с анаболическими препаратами типа неробола (метандростенолон, метиландростендиол) по 0,005 г 2 раза под язык в течение 20 – 25 дней. Препараты пролонгированного действия (феноболлин, ретаболил) вводят внутримышечно 1 раз в 7 – 10 – 15 дней по 50 мг. С целью нормализации минерального обмена внутрь назначают препараты калия (панангин, калия оротат), кальция (кальция хлорид, глюконат, глицерофосфат); натрия хлорид (поваренная соль) ограничивают. Одновременно ограничивают жиры и углеводы, а в пищу вводят дополнительно белки и витамины (кальция пантотенат, аевит).

Наряду с гормонами применяются и цитостатические препараты (метотрексат). Однако близость значений его лечебной и токсической доз способствует многочисленным осложнениям. Часто наблюдаются гепатиты, диспепсические явления, эрозивные очаги на слизистой оболочке ротовой полости, угнетение гемопоэза, геморрагический синдром. Однако побочные явления быстро исчезают после отмены препарата.

Лучшей переносимости метотрексата способствует дополнительное применение малых доз кортикостероидов, витаминов, иммуностимуляторов. Сочетание дробных приемов метотрексата с иммуномодуляторами типа натрия нуклеотида, декариса позволяет резко уменьшить гепатотоксичность, повысить эффективность лечения чешуйчатого лишая до получения клинического излечения. Помимо метотрексата, в лечении чешуйчатого лишая применяют и другие цитостатические средства с целью ингибции фактора роста пролиферации кератиноцитов и угнетения усиленного синтеза белка и метаболизма нуклеиновых кислот.

Успешно в лечении псориаза применяются адаптогены: экстракт алоэ жидкий, настойка лимонника, настойка заманихи, экстракт левзеи жидкий и экстракт элеутерококка жидкий. Несмотря на многочисленные возможности терапии псориаза, процесс, как правило, остается длительным, часто рецидивирующим. С целью воздействия на различные патологически измененные механизмы обмена веществ применяется гемодез – кровезаменитель с выраженным дезинтоксикационным действием. Препарат в количестве 300 – 400 мл вводят внутривенно капельно со скоростью 80 – 100 капель в минуту с интервалами 3 – 4 дня, на курс 5 – 8 вливаний.

Заслуживает внимания применение гепарина, особенно в терапии тяжелых форм псориаза. Исследования по использованию гепарина констатировало иммунодепрессивное, цитостатическое, противовоспалительное действие гепарина. Гепарин вводят подкожно в область живота, начиная с 5000 ЕД 4 раза в сутки в течение 7 – 10 дней, затем по 2 раза в сутки также 7 – 10 дней, а затем в виде поддерживающей дозы 1 раз в сутки через день в количестве 10 – 15 инъекций.

Широко используются в медицинской практике ингибиторы фосфодиэстеразы. К ним относятся препараты метилксантиновой группы – теofilлин, эуфиллин, кофеин, трентал, папаверин, АТФ и некоторые антигистаминные средства (тавегил, фенкарол, дипразин).

В динамике течения псориаза с каждым годом наблюдаются изменения в сторону пролонгирования и отягощения процесса, поэтому ведутся дальнейшие поиски новых, более действенных методов.

Средства наружной терапии. При лечении больных псориазом издавна широко используют мази с учетом стадийности процесса, так как местная терапия повышает эффективность медикаментозного лечения. В прогрессирующей стадии часто применяют 2% салициловую мазь, борно-салициловую мазь (мазь Рыбакова), ланолиново-водный крем Унны. При выраженном воспалительном процессе с экссудативным компонентом назначают мази и кремы с кортикостероидными гормонами. Хорошее противовоспалительное, антиаллергическое и рассасывающее действие оказывают такие мази, как флуцинар, деперзолон, оксикорт, лоринден С, лоринден А и др. С целью ускорения лечебного эффекта у больных чешуйчатым лишаем кортикостероидные мази наносят после снятия чешуек и корок 2% салициловой или серно-салициловыми мазями. На местах выраженной инфильтрации, в области обширных бляшек мази наносят под повязку. Полного излечения псориаза не достигается. Однако, мази или кремы с кортикостероидами показаны во всех стадиях псориаза и особенно в период прогрессирующего течения. В стационарной и регрессивной стадиях рекомендуются дегтярные и серно-дегтярные мази, 5 – 10 и 20% ихтиоловые, 5 – 10% ихтиол-нафталановые. Особенно ускоряется процесс регресса эффлоресценций при комбинации дегтярных, ихтиоловых или нафталановых мазей с кортикостероидными. Целесообразна смена мазевых средств, так как нередко наблюдаются «привыкание» кожи к одной и той же мази. Особенно необходима смена средств наружной терапии в стадии регресса, когда следует интенсифицировать рассасывание инфильтрата бляшек. При отсутствии свежих высыпаний можно постепенно повышать концентрацию активно действующих компонентов мазей и кремов. Назначаются 2 – 5% белая ртутная мазь, 10 – 15% серно-дегтярная, 20 – 33% серная, мазь Вилькинсона, 0,5 – 10% хризорсебиновая, 0,5 – 1% цигнолиновая (диоксиантраноловая), антраминовая или мазь «Псориазин» и «Антипсориадик», обладающие не только отшелушивающим и противовоспалительным, но и редуцирующим и пластическим действием.

Местное лечение больных чешуйчатым лишаем серными, дегтярными, салициловыми мазями, особенно при распространенном процессе, требует постоянного контроля за функцией почек. Дегтярные мази, помимо токсического действия, вызывают у некоторых больных фолликулиты, что является показанием для их отмены. Значительное лечебное действие проявляется и при употреблении мазей с метилксантиновыми соединениями: 5 – 10% теофиллиновая, 2 – 5% эуфиллиновая и 2 – 5% папавериновые мази и кремы.

Предприняты также попытки лечения псориаза мазями, содержащими противовирусные средства. Назначают теброфеновую, оксолиновую, бонафтоновую (1 – 2 – 3%), а также 1 – 3% интерфероновую и 2 – 5% алпизариновую мази. Эти мази способствуют разрешению высыпаний, особенно при мелкопапулезных диссеминированных эффлоресценциях. Кроме того, они хорошо переносятся больными и не вызывают побочных явлений. С целью ускорения разрешения псориазных элементов применение дегтярных, ихтиоловых мазей сочетают с УФО. При этом УФ-лучи не только ускоряют разрешение воспалительных очагов, но и предупреждают развитие дерматита от этих мазей в тех случаях, когда их назначают в значительной концентрации (5 – 10 – 15%).

В связи с наличием у больных псориазом метаболических расстройств, проявляющихся как количественными сдвигами в содержании холестерина, углеводов, белков, микроэлементов и витаминов, так и существенными ферментными патологическими состояниями, считается целесообразным регулировать режим питания, ограничивая употребление в пищу продуктов, содержащих животные жиры и белки, углеводы и пряности. Большое значение имеет и закаливание организма, увеличение мобильности, подвижности в виде лечебной физкультуры или в виде занятий спортом.